



Bissnahme – no problem?

| ZA Gerd Christiansen

Erst die schlechte Nachricht: Viele Patienten berichten, dass nach prothetischer Restauration sie mit ihrem „Biss“ nicht mehr zurechtkommen. Nun die gute Nachricht: Bissnahme, die Registrierung und Transferierung der Lage des Oberkiefers zum Unterkiefer ist kein Problem mehr. Trotz aller Fortschritte in der Implantologie, der CAD/CAM-Technologie etc. ist nach wie vor die korrekte Zuordnung von Mandibula zu Maxilla bzw. Unterkiefermodell zu Oberkiefermodell, der für den Erfolg jeglicher prothetischen Arbeit wesentliche Faktor.

[kontakt]



ZA Gerd Christiansen
Funktionstherapie – Institute for craniomandibular biodynamics
Ludwigstr. 27, 85049 Ingolstadt
Tel.: 08 41/3 40 82
Fax: 08 41/9 31 13 24
E-Mail: info@gerd-christiansen.de

Das Modell ist das Bindeglied zwischen Zahnarzt und Zahn-techniker. Aus den Modellen lässt sich mehr herauslesen als aus der intraoralen Situation, wenn das Registrat stimmt. Darum beginnen wir mit dem Registrat. Der Zahn-techniker kann nach Artikulation der Modelle ersehen, ob das Registrat die gewohnheitsmäßige Okklusion des Patienten wiedergibt (HIKP). Mithilfe der kleinen Modellanalyse gelingt es, Störkontakte einerseits und Okklusio-pathien andererseits mit einfachen Mitteln aufzudecken. Dies ist in diesem Ausmaß nur im Modell möglich. Schließlich beschäftigen wir uns noch mit der Frage: Warum sind viele Einzelkronen zu hoch?

| Das Registrat

Zu Beginn einer „Patientenkarriere“ arbeiten wir an Patienten mit intaktem craniomandibulärem System.

Der Patient weist also weder:

- übermäßigen Hartschubverlust (siehe Modellanalyse),
- noch Knochenabbau (siehe Modellanalyse teilweise),
- noch Anzeichen einer craniomandibulären Dysfunktion (CMD) auf.

Wir schlussfolgern: Das, was er täglich tut, hat keine Schäden hinterlassen – sein CMS scheint in Ordnung zu sein. Dies bedeutet, wir würden gern seine funktionierende Okklusion in die Prothetik übernehmen – aber wie?

Das Signal – Okklusion in Ordnung – erhält der Patient über seine Pressorezeptoren. Er benützt die Gesamtheit der Pressorezeptoren all seiner Zähne, um seine Okklusion zu kontrollieren, und dem Zahnarzt zu zeigen: So schließ ich gewohnheitsmäßig – habituell. Er findet seine habituelle Interkuspitation also selbst.

Wenn wir:

- ihn nicht berühren,
- der Kopf angelehnt ist,
- das Registratmaterial sahnig ist und
- seine Pressorezeptoren sensibilisiert (eingeschaltet) wurden.

Er kann das sogar sehr genau. Dabei findet er, wie der Name schon sagt, seine gewohnheitsmäßige, habituelle Okklusion sehr präzise (Abb. 1 – 5). Studien haben ergeben, dass mehrmaliges Schließen mit einer Präzision von durchschnittlich 0,03 mm erfolgt.

| Kontrolle auf HIKP

Nach dem Einartikulieren der Modelle interessiert es uns, ob die Modellsituation tatsächlich die habituelle Interkuspitation des Patienten wiedergibt.

Hierzu dienen uns drei Kriterien:

- Die Dicke des Registrats.
- Die Wiedergabe des vom Patienten als subjektiver 1. Kontakt empfundenen Zahnpaars in der Modellsituation.
- Kontakte auf den Attritionsfacetten.